LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophtalmologie : Enophtalmie après opération de cataracte, par le Dr Chevallereau, p. 785. — Iritis bilatérale d'origine palustre, par M. Alph. Péchin, p. 786. — Amblyopie éthylique chez une enfant de 12 ans, par le Dr P. Carra, p. 788. — **Bibliographie** : Traité de séméiologie médicale, p. 789. — Les arthrites à pneumocoques, pathogénie, diagnostic et traitement, p. 789. — **Académie des sciences** : *Séance du 4 décembre* 1899. — *Présidence de M. Van Tieghem.* — Sur l'existence normale de l'arsenic chez les animaux, et sa localisation dans certains organes, p. 790 — Recherche et dosage des très petites quantités d'arsenic dans les organes, p. 790. — Un cas d'hémiplégie hystérique guéri par la suggestion hypnotique et étudié par la Chronophotographie, 791. — **Académie de médecine** : *Séance du 12 décembre.* — *Présidence de M. Panas*, p. 791. — Distribution des prix de 1899, p. 791. — Service des eaux minérales, p. 793. — Service des épidémies, p. 793. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 8 décembre* 1899. — Appendicite et obstruction intestinale, p. 793. — Parotidite saturnine, p. 794. — La lutte contre l'alcoolisme dans les hôpitaux, p. 794. **Société de médecine de Paris.** — *Séance du 9 décembre* 1899. — *Présidence de M. Jullien*, p. 794. — Rapport de la commission du prix Duparcque, p. 795. — Vote pour le renouvellement partiel du bureau, p. 795. — Vote pour une candidature au titulariat, p. 795. — **Société médicale du Louvre** (Ier et IIe arrondissements) : *Séance du 18 juillet* 1899. — *Présidence de M. le Dr Chevallereau*, p. 795. — **Société médicale du VIe arrondissement.** — *Séance du 30 octobre* 1899. — *Présidence de M. Genesteix*, p. 796. — **Société médicale du VIIe arrondissement.** — *Séance du 31 octobre* 1899. — *Présidence de M. Le Bec.* p. 797 — **Société de chirurgie** : *Séance du 6 décembre* 1899. — *Présidence de M. Richelot*, p. 797. — Traitement des coxalgies, p. 797. — Pneumatocèle du crâne, p. 798. — Des cas des fractures vérifiées par la radiographie, p. 798. — **Variétés**, p. 798. — **Nouvelles**, p. 799. — **Index bibliographique**, p. 799.

OPHTHALMOLOGIE

Enophtalmie aprés opération de cataracte

par le Dr A. Chevallereau.

Le 5 octobre dernier, j'opérais de cataracte de l'œi droit, avec l'assistance de M. le Dr Tourreil, son médecin, Mme D., âgée de 70 ans, dont la cataracte était déjà complète le 8 juin 1896, la première fois que je vis cette dame. L'extraction simple fut très facile et ne présenta aucune particularité. Le 7 octobre, lors du premier pansement, Mme D. me déclara n'avoir eu dans l'œil aucune sensation; la plaie était d'ailleurs cicatrisée, l'iris bien en place et la pupille très noire. Le 9, l'état était le même et la malade commençait à se lever. Le 11, six jours après l'opération, j'arrivais avec l'intention de supprimer tout pansement, lorsque Mme D. me déclara que, dans la nuit, vers le matin, elle avait ressenti brusquement une douleur vive, siégeant vers la partie externe du cul-de-sac supérieur de la conjonctive; elle se figurait qu'il y avait là un corps étranger, de l'ouate provenant de son pansement; la douleur avait persisté depuis ce moment. J'enlevai le pansement, la douleur diminua, mais sans disparaître complètement, elle revenait au moindre mouvement de l'œil. La plaie s'était ouverte, il n'y avait plus de chambre antérieure, mais la pupille était toujours très bien.

J'explorai le cul-de-sac supérieur de la conjonctive en écartant fortement la paupière; il n'y avait rien. J'attribuai ce fait à un mouvement brusque que la malade, assez nerveuse, avait dû faire en dormant. Je remis le pansement; la douleur revenait au moindre mouvement que faisait l'œil gauche; j'engageai la malade à tenir cet œil fermé et en effet la douleur se calma dans la journée. Le lendemain matin, jeudi, elle persistait encore, mais très atténuée; ce jour-là, la cicatrisation ne s'était pas reproduite, je constatai avec quelque appréhension que non seulement l'œil était très mou mais encore qu'il paraissait très petit, la fente palpébrale étant peu allongée, qu'il était très enfoncé dans l'orbite et que, la paupière supérieure étant retombée, on aurait dit que la malade avait subi une énucléation. Le samedi 14, l'état était encore le même ; néanmoins c'était le jour où la malade devait sortir de la maison de santé de la rue Oudinot où je l'avais opérée; craignant son énervement, je la laissai sortir quand même, avec un pansement bien entendu, et rentrer chez elle, à Paris, où je la revis le lundi 16.

Ce jour-là, la chambre antérieure s'est reproduite, mais, à un mouvement fait par la malade, l'humeur aqueuse s'écoule sous mes yeux et l'iris s'accole de nouveau à la cornée. L'orbite présente toujours le même aspect. Le mercredi 18, la chambre antérieure s'est reproduite, et cette fois d'une façon définitive. Le globe de l'œil soulève un peu la paupière, la palpation, faite très doucement, permet de sentir le globe, quoique la tension intra-oculaire soit encore de beaucoup inférieure à celle du côté gauche. Je mets un bandeau flottant et je permets à la malade de sortir et de venir chez moi huit jours après.

Le 25 octobre, l'œil droit a tout à fait l'apparence extérieure d'un œil normal; sa tension est la même que celle du côté gauche, la pupille, moyennement dilatée par l'atropine, est très noire; tous les milieux sont très clairs, il n'y a aucune lésion ophthalmoscopique et avec les verres + 10 et + 14, que je prescris, la vision de loin et de près est excellente.

Il est bon d'ajouter en terminant que la santé géné-

rale de cette dame a toujours été très bonne et que ses urines ont été trouvées normales.

On a signalé des exophthalmies traumatiques dans lesquelles le traumatisme n'avait pas porté directement sur le globe de l'œil, par exemple après des coups sur le front comme dans les cas de Himly, Gessner, Van Duyse et Bribosia, après un coup sur la joue comme dans le cas de Maklakow, après un coup sur la région fronto-orbitaire comme dans le cas tout récent de Rohmer (de Nancy) (*Annales d'oculistique*, octobre 1899), mais je ne crois pas qu'on ait jamais signalé d'enophthalmie après un traumatisme aussi léger que la section d'une partie du limbe cornéen par un couteau de Graefe.

Pour expliquer la pathogénie de ce cas bizarre, nous ne pouvons évoquer la théorie osseuse, il n'y avait assurément ici aucune cavité osseuse dans laquelle le globe de l'œil ait pu s'enfoncer.

On ne saurait davantage admettre ici la rétraction inflammatoire et cicatricielle du tissu cellulaire graisseux de l'orbite, puisque cette exophthalmie, très passagère, n'a duré que cinq ou six jours, ni la rétraction inflammatoire des muscles, puisqu'il n'y a eu aucun phénomène inflammatoire et que la seule sensation éprouvée par la malade a été la sensation du corps étranger dans le cul-de-sac de la conjonctive, phénomène signalé dans plusieurs observations.

La théorie nerveuse nous semble seule pouvoir entrer ici en jeu. Schapringer attribue l'enophthalmie à une lésion des filets du grand sympathique, probablement la racine sympathique du ganglion ciliaire produisant une paralysie du muscle de Müller.

Pour Beer, l'exophthalmie serait due au contraire à l'excitation des filets du grand sympathique, produisant un spasme des vaisseaux, par suite un manque de nutrition du tissu cellulaire de l'orbite amenant son atrophie et l'enfoncement de l'œil. Cette hypothèse n'est pas admissible dans notre cas où une enophthalmie considérable s'est produite presque brusquement. Je sais bien qu'on peut voir les yeux s'enfoncer très rapidement dans l'orbite après une fatigue intense, une veille prolongée ou des excès vénériens, mais il n'est pas certain qu'il s'agisse là d'une résorption extrêmement rapide du tissu graisseux de l'orbite ; il paraît aussi légitime de mettre ici en cause le grand sympathique.

Quoi qu'il en soit, il paraît bien certain que le nerf grand sympathique seul doive être incriminé dans ce cas, comme semble le prouver la physiologie.

On sait depuis Claude Bernard que, à la suite de la section du grand sympathique au cou, la pupille se resserre et le globe se rétracte fortement au fond de l'orbite. Il y aurait à la fois dans ce cas paralysie des fibres rayonnées de l'iris et paralysie du muscle orbitaire de Müller.

Au contraire, lorsqu'on excite le sympathique non coupé ou aussitôt après sa section, on observe une dilatation de la pupille, un écartement plus considérable des paupières, la contracture des muscles de la face et de l'oreille et une diminution de la vascularisation de la région ; puis au bout de quelque temps, les vaisseaux se dilatent de nouveau. L'action vaso-motrice est donc passagère et cesse même quand on continue à galvaniser le grand sympathique. On sait, d'autre part, que la résection du grand sympathique cervical dans les cas de goître exophtalmique amène comme première conséquence la disparition de l'exophthalmie.

Il est donc bien permis d'admettre que ces cas d'enophthalmie traumatique sont dus à la lésion du grand sympathique, mais comment, dans mon cas, cette lésion du grand sympathique a-t-elle pu se produire. Il ne saurait être ici question d'une lésion portant directement sur le grand sympathique et la seule hypothèse qui nous paraisse plausible est celle d'un phénomène d'inhibition amenant l'anéantissement des fonctions spéciales du sympathique cervical pour le point qui nous occupe. Il est malheureusement impossible dans l'état actuel de nos connaissances anatomiques et physiologiques d'expliquer comment cette action d'inhibition a pu se produire et de même le Dr Daulnoy qui vient (5 juillet 1899) de soutenir à Nancy une très bonne thèse sous l'inspiration du professeur Rohmer, le Dr Daulnoy a en vain cherché à résoudre cette question expérimentalement. Sur un chien chloroformé, puis curarisé, il a excité les nerfs sus et sous-orbitaires et les tissus environnant le pourtour de l'orbite, sans remarquer absolument rien du côté de l'œil. Malgré tout, nous croyons devoir conserver cette hypothèse, la seule qui nous paraisse admissible en pareil cas.

Iritis bilatérale d'origine palustre (1)

Par M. Alph. Péchin.

Dans les affections dites inflammatoires du tractus uvéal aiguës ou chroniques, nous savons maintenant que la donnée étiologique se dégage souvent de l'étude des infections, que celles-ci soient endogènes ou exogènes. Si elle ne s'en dégage pas toujours, c'est que ces infections sont multiples et que beaucoup échappent encore aux recherches contemporaines. Et c'est parce que nous sommes entrés dans cette voie d'investigation que le cadre autrefois restreint des iritis dues à la syphilis, la blennorrhagie, la goutte, le rhumatisme et les accidents sympathiques s'est élargi pour comprendre l'iritis consécutive aux infections des sinus de la face les iritis liées aux maladies générales d'origine infectieuse, les iritis provenant d'une infection dont la porte d'entrée est variable : pharynx, utérus, organes génito-urinaires et gastro-intestinaux, iritis métastatique par infection pneumococcique ou autres, et enfin une série d'iritis dont la liste s'allongera au fur et à

(1) Communication à la Société médicale du VIe arrondissement.

mesure que les problèmes si complexes de nutrition générale recevront leur solution.

L'intérêt de l'observation que je vais vous rapporter réside dans la localisation du processus paludéen dans le segment antérieur du tractus uvéal, alors que le plus souvent il siège dans la partie postérieure, avançant plus ou moins vers *l'ora serrata*, et dans la forme analogue que ce processus a revêtue dans les deux yeux, chaque œil ayant été atteint l'un après l'autre par deux attaques de fièvre palustre survenues à plusieurs années d'intervalle.

Voici l'observation :

La nommée Adèle Frédéric, âgée de 48 ans, entre le 4 janvier 1899 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Littré n° 7, dans le service de M. le professeur Brissaud qui voulut bien me confier l'examen oculaire.

Antécédents héréditaires : père et mère morts l'un à 77 ans et l'autre à 50 ans, tous deux d'affection pulmonaire sur la nature de laquelle on ne peut être exactement renseigné. Une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels : rougeole dans le très jeune âge. Fluxion de poitrine (?) à 2 ans 1/2. Fièvre typhoïde à 9 ans, forme très grave. Fièvre scarlatine quelque temps après. Variole à 10 ans 1/2, pas de cicatrices persistantes,

Réglée à 13 ans. Pas mariée. Pas d'enfants, ni fausse couche. Ménopause depuis 5 ans.

En 1870, à 19 ans, dans son pays natal le Poitou, la malade eut les fièvres intermittentes. L'état paludéen ne dura que quelques mois et cessa après l'emploi du quinquina et du sulfate de quinine. Avant le traitement la malade était arrivée à un état de cachexie avancée dont elle se remit assez bien. Pendant le cours des premiers accès qui revêtirent la forme tierce, l'œil droit est devenu rouge, douloureux ; ces phénomènes inflammatoires durèrent trois jours et la malade dit formellement qu'auparavant elle n'avait jamais eu mal aux yeux et que sa vue était excellente.

Cinq ou six ans plus tard, nouvelle attaque de paludisme. Pendant 15 jours elle fut gravement malade, le médecin qui la soignait déclara qu'il s'agissait de fièvre pernicieuse ; l'état paludéen dura d'août en mars suivant (8 mois). Comme dans la précédente attaque, dès les premières semaines (la malade ne peut préciser davantage), des phénomènes oculaires apparurent, et cette fois ce fut l'œil gauche qui devint rouge, congestionné et douloureux pendant plusieurs jours.

Bronchite il y a deux ans soignée en ville.

Actuellement : Emphysème pulmonaire. Bronchite chronique sans bacillose manifeste, mais probable.

Etat intestinal : alternatives de diarrhée et de constipation, la langue n'est pas saburrale.

Etat fébrile persistant, la température oscille autour de 38°.

Foie de volume normal. La rate est nettement accessible à la percussion, non à la palpation.

Examen des yeux : O.D.V = 1/2; O.G. V. = 2/3 difficilement.

Il y a apparence de myosis à droite et apparence de mydriase à gauche. A droite des synéchies totales immobilisent l'iris sur la cristalloïde antérieure et empêchent les réflexes iriens de se produire. L'atropine est sans effet sur cet iris.

A gauche le processus phlegmasique a été moins intense, les synéchies se sont rompues et ont laissé sur la cristalloïde une trace indélébile de leur existence. La forme est caractéristique, on voit une petite circonférence très régulière, composée de petits points, et tout autour de cette circonférence des stries rayonnées. A un degré d'acuité près l'iritis gauche aurait pu se terminer par des lésions identiques à celles qui existent à droite. C'est à cette particularité qu'est due cette inégalité pupillaire étrangère, par conséquent, à tout processus névropathique cérébral. A l'image droite une exploration attentive du fonds de l'œil n'y découvre pas la moindre lésion et j'insiste tout particulièrement sur l'aspect normal de la papille et de la chorio-rétine. Le corps vitré est intact. Le champ visuel a ses limites ordinaires ; le sens des couleurs n'est pas altéré.

Si vous voulez bien vous rappeler la concordance d'apparition qui a existé entre la première attaque de fièvre paludéenne en 1870, et les phénomènes oculaires à droite, d'une part, et d'autre part la même concordance, entre les phénomènes oculaires gauches, et la seconde attaque, il est difficile de ne pas admettre que les accidents oculaires ne sont pas d'origine palustre. Je sais bien que les antécédents pathologiques de cette malade sont très chargés, mais néanmoins je ne vois pas que pour asseoir mon diagnostic je doive discuter longuement la question du diagnostic différentiel. L'affection pulmonaire des parents, et l'état de la malade elle-même chez laquelle je relève dès l'âge de 2 ans et 1/2 des accidents pulmonaires, peu caractérisés il est vrai, mais qui réapparurent il y a deux ans pour persister jusqu'à l'heure actuelle sous forme d'emphysème et de bronchite chronique très probablement tuberculeuse, sont-ils suffisants pour faire penser à l'iritis tuberculeuse ? Certainement non, car ce n'est ni la marche ni l'aspect clinique de la tuberculose de l'iris. Je passe sur la rougeole, sur la fièvre typhoïde, sur la fièvre scarlatine, et enfin sur la variole dont la malade fut atteinte successivement dans le jeune âge ; la variole, la dernière en date de ces affections, eut lieu à l'âge de 10 ans et 1/2 et ce n'est qu'à l'âge de 19 ans qu'apparurent les accidents oculaires dont il est ici question. Il est intéressant de noter que l'état intestinal est mauvais et qu'il peut y avoir là une source d'infection endogène, mais cela ne peut prévaloir contre les raisons qui m'ont fait d'emblée admettre mon diagnostic d'iritis d'origine palustre (1).

(1) J'en dirai tout autant de la possibilité d'une iritis métritique, car il n'y a rien à relever dans la vie génitale de la malade. Elle n'est pas mariée, n'a pas eu d'enfants ni de fausse couche. Les règles ont toujours été très normales.

Les complications oculaires de la malaria sont connues depuis longtemps ainsi que l'attestent des travaux de Puccinotti (1820), de Colin (1839), de Mongellas (1838) et depuis cette époque de nombreuses observations ont été rapportées. Il s'agit toujours d'amblyopie et d'amaurose, de névrite et d'atrophie optiques, de rétinite albuminurique dans les formes graves de la malaria, d'artérite rétinienne, d'embolie de l'artère centrale de la rétine, d'hémorrhagies rétiniennes et surtout de chorio-rétinite. Mais les observations analogues à celle-ci doivent être assez rares, car je n'en ai pas trouvé mention dans les nombreuses publications qui ont paru sur la matière et c'est à ce titre de rareté que j'ai cru devoir vous la communiquer.

On pourra m'objecter que l'absence de lésions ophtalmoscopiques ne signifie pas nécessairement qu'il n'y a pas d'altérations chorio-rétiniennes, et que celles-ci sont au contraire la règle ainsi que l'a démontré Poncet (de Cluny). A l'ophtalmoscope on constate des lésions chez un nombre restreint de malades et au contraire au microscope les altérations chorio-rétiniennes sont, je le répète, la règle. Mais chez ces malades la vision a subi une diminution qui est proportionnelle aux lésions chorio-rétiniennes. Il se passe alors le même phénomène que dans la rétinite pigmentaire sans pigment. Leber et Poncet nous ont appris, en effet, que dans ces cas on trouve du pigment jusque dans la couche de ce qu'on appelait autrefois les grains internes et qui est maintenant la couche des neurones visuels périphériques (cellules bipolaires). Le pigment ne dépasse pas cette couche et ne se laisse pas surprendre par l'ophtalmoscope, mais à défaut de pigment, comme signature de la maladie il y a l'héméralopie, le rétrécissement du champ visuel, l'atrophie optique avec une coloration jaune ou rose uniforme. Or chez ma malade les lésions ophtalmoscopiques font défaut et l'acuité visuelle a subi une diminution plutôt légère, et qu'expliquent très bien les synéchies totales à droite et les traces de synéchies anciennes à gauche et en tout cas nullement en rapport avec des lésions chorio-rétiniennes. Il y aurait une diminution plus notable de cette acuité si elle eût été sous la dépendance de lésions chorio-rétiniennes, lésions graves puisqu'elles auraient retenti jusqu'à l'iris.

Je me crois donc fondé à admettre chez cette malade une iritis bilatérale d'origine palustre, survenue à droite lors d'une première attaque de fièvre intermittente et à gauche, cinq ou six ans après, lors d'une seconde attaque, l'iritis ayant déterminé à droite une séclusion pupillaire et à gauche une inflammation irienne légère avec traces de synéchies postérieures totales, synéchies qui se sont rompues spontanément ; cette iritis constituant la seule localisation oculaire du processus paludéen qui a laissé intact le fond de l'œil, comme si les plasmodies ou leurs toxines avaient parcouru sans s'y arrêter les artères ciliaires longues et les ciliaires antérieures pour venir se cantonner dans les plus fins rameaux iriens. Et cette dernière localisation dans les capillaires serait conforme aux recherches de Thin (Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, 25 février 1896). D'après cet auteur, les gros vaisseaux peuvent renfermer peu ou point de parasites de la malaria, tandis que souvent les capillaires en sont bourrés. Et j'ajoute en terminant qu'étant donnés la marche et l'aspect clinique de la maladie, il y aurait lieu de la désigner plutôt sous le nom d'uvéite irienne de Grandclément, que sous celui d'iritis. On sait, en effet, que notre honorable confrère de Lyon établit une distinction entre l'iritis vraie ou inflammation du tissu irien et l'uvéite irienne lorsque la phlegmasie n'atteint que sa couche pigmentaire postérieure. Or dans le cas actuel c'est précisément cette couche pigmentaire qui semble avoir été particulièrement atteinte.

Amblyopie éthylique chez une enfant de 12 ans.

Par le Dr P. CARRA (1)

En avril 1899 se présente à notre consultation une fillette âgée de 12 ans, grande, maigre et blonde. Elle est accompagnée de son père, tenant un débit de vin. La jeune fille se plaint d'une très grande diminution dans l'acuité visuelle. C'est à peine si, en plein jour, elle peut se conduire dans les rues encombrées de Paris. Coudre, lire et écrire lui sont devenus presque impossible. Elle a essayé plusieurs fois des lunettes, mais sans aucun résultat.

Il y a deux mois qu'elle s'est aperçue que sa vue baissait ; depuis le mal n'a fait qu'empirer et donne de sérieuses inquiétudes à son entourage.

A l'examen ophtalmoscopique, pas ou presque pas de lésion du fond d'œil ; les artères sont petites, contracturées, la papille légèrement blanche, surtout sur le bord temporal, les veines sont grosses, dilatées mais non sinueuses. Quand on fait avec la pulpe de l'index une légère pression sur le globe, la papille devient pâle et blanche, mais aussitôt l'index enlevé, la papille reprend sa couleur rose-rouge normale.

A la skiascopie, pas d'ombre directe ou inverse, pas d'hypermétropie ou de myopie ; d'ailleurs, les verres n'amènent aucune augmentation dans l'acuité visuelle, et l'enfant est la première à vous dire que jadis elle avait une excellente vue.

Placée à 5 mètres, devant l'échelle typographique : O. D. V. = 0,3 fort. O. G. V. = 0,3.

Le sens des couleurs est intéressé : dyschromatopsie pour le vert ; interrogée sur cette couleur, au trou sténopéique, l'enfant accuse du gris sâle, plâtre gâché.

Les autres couleurs sont intactes, sauf encore pour le jaune, aussi ne distingue-t-elle que très difficilement

(1) Communication à la Société médicale du Louvre.

la pièce d'or de 10 francs avec la pièce d'argent de 50 centimes. Au périmètre, scotome central : la malade accuse d'ailleurs toute une zone sombre-noire au centre des objets fixés.

Le soir, au crépuscule, l'enfant y voit davantage ; il y a de la nyctalopie.

Devant un tel syndrôme, le diagnostic d'amblyopie éthylique s'impose.

Le père confirme nos présomptions en nous racontant ce qui suit : Notre fille en fin janvier a eu la fièvre typhoïde ; en ce moment, elle est en convalescence et pour guérir son anémie, nous lui donnons du vieux rhum, des vins apéritifs, du vin rouge généreux aux repas. La fillette arrivait à boire à ce régime trois petits verres de rhum et près d'un litre de vin rouge dans ses deux repas, sans compter ce que l'enfant pouvait boire en cachette. Le père l'avait surprise un jour buvant à même la bouteille de rhum de son comptoir. A ce régime soi-disant fortifiant, le père reconnaissait que le caractère de sa fille avait changé : elle devenait nerveuse, irritable, méchante. L'appétit diminuait progressivement et les nuits étaient fort agitées ; la santé de l'enfant, loin de s'affermir, périclitait de jour en jour.

A eux seuls les renseignements du père étaient suffisants pour expliquer les désordres oculaires dont se plaignait l'enfant. Deux causes venaient encore surenchérir les explications paternelles :

L'enfant était convalescente d'une fièvre typhoïde grave.

L'enfant vivait dans l'échoppe de son père dont l'atmosphère est lourde de vapeur d'alcool et de fumée de pipe.

Aussitôt, nous instituâmes le régime suivant : plus d'alcool sous aucun prétexte ; plus de rhum, plus de vin, plus d'apéritifs. Remplacer tous ces liquides malsains par du lait, aux repas et entre les repas. L'enfant est envoyée à la campagne, au grand air, bains et lotions fortifiants tous les jours, longues promenades, se coucher tôt et se lever tard. Pour ses yeux : pas de travail appliqué, dehors une paire de lunettes fumées.

Au bout d'un mois de traitement hygiénique scrupuleusement suivi, l'enfant revint nous voir.

L'acuité était déjà 0,5.

Au bout de six mois : tout avait disparu.

V = 1, plus de dyschromatopsie, plus de scotome, plus de nyctalopie.

L'appétit était très bon, les nuits calmes et réparatrices. Le caractère de l'enfant avait complètement changé et tout à son avantage. La fillette nerveuse, étiolée de jadis, était vive, alerte, souriante, pleine de vie et de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de séméiologie médicale, par P. SUARD, médecin de 1re classe de la marine, professeur à l'école de médecine navale de Toulon (in-8° 698 pages, J. Rousset, éditeur, Paris 1899).

La 1re partie de cet ouvrages, de beaucoup la plus importante, est consacrée aux appareils de nutrition, et le Dr Suard passe successivement en revue les moyens d'exploration, l'examen et l'interrogatoire des malades, la douleur, la séméiologie des différents appareils, de l'appareil digestif, du foie, l'ictère, la séméiologie de la rate, du pancréas, des organes génitaux, de l'appareil urinaire, l'examen des urines, la séméiologie du larynx, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, des artères, des veines, des capillaires, du sang, la fièvre et la thermométrie clinique.

Dans une 2e partie sont étudiés les troubles du système nerveux : troubles de l'intelligence, troubles de la sensibilité, troubles trophiques, signes généraux.

L'auteur termine par l'étude de l'étiologie générale des maladies.

Enfin, dans un appendice, il indique la meilleure manière, suivant lui, de rédiger des observations cliniques complètes et la méthode à suivre pour pratiquer des autopsies.

Nous ne suivrons pas le Dr Suard dans tous les chapitres de sont traité, nous ne nous demanderons pas si le plan qu'il a adopté était le meilleur pour un semblable ouvrage, ni pourquoi, par exemple, il a placé les organes génitaux au milieu des appareils de nutrition. Constatons seulement qu'il a cherché à être aussi complet que possible, bien qu'il ait été un peu bref, pour ne pas dire plus, sur les recherches bactériologiques et qu'il nous paraisse avoir passé sous silence quelques procédés modernes de diagnostic, la radiographie entre autres. D'ailleurs, l'abondance des matières était telle que plus d'un chapitre a l'air d'un véritable sommaire et nous craignons que l'intérêt de la lecture de son traité n'en soit quelque peu diminuée.

Dr EUG. DESCHAMPS.

Les arthrites à pneumocoques, pathogénie, diagnostic et traitement, par le Dr LÉON LEROUX, de la Faculté de Paris. Paris, Rousset, édit., 1899.

La relation de certaines arthrites avec la pneumonie entrevue par les anciens cliniciens et regardée un peu comme une curiosité est entrée dans une phase nouvelle, grâce à la bactériologie qui en a fait une réalité objective. Il était certainement fort intéressant de réunir les cas typiques observés et de tracer d'après ces faits une étude clinique des arthrites à pneumocoques, des déterminations articulaires de la pneumonie, aurait-on dit dans l'ancien langage médical. C'est ce qu'a fait M. Leroux en conscience, en apportant un bon nombre d'observations dont quelques-unes fort détaillées et très intéressantes. Son étude nous montre la

rareté de ces arthrites qui sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme et qui n'épargnent aucun âge. Elles constituent des complications de la pneumonie le plus souvent et surviennent pendant ou après la maladie ; mais il est intéressant aussi de les voir se développer en dehors de toute affection pulmonaire comme unique localisation de la pneumococcie.

Pourquoi le pneumocoque va-t-il chercher les articulations, que la pneumonie existe ou soit absente ? Ici encore la vieille interprétation clinique reprend ses droits de priorité, c'est le *locus minoris resistentiæ* qui crée une invite à l'agent infectieux.

M. Leroux nous montre qu'au point de vue anatomo-pathologique les lésions s'opèrent par ordre de fréquence dans la synoviale, les cartilages, puis les os ; les articulations des membres supérieurs sont plus souvent atteintes que celles des membres inférieurs et le pneumocoque n'envahit en général qu'une seule articulation.

Ces arthrites ont toujours un certain caractère d'acuité, elles aboutissent à la formation du pus dans l'article, beaucoup plus rarement il ne se produit qu'un épanchement séreux.

La gravité du pronostic de ces arthrites tient surtout à ce que cette localisation indique déjà la généralisation de l'infection qui expose à d'autres complications graves, en particulier à la méningite. On trouvera dans le travail de M. Leroux d'intéressants détails sur la pathologie expérimentale de ces arthrites.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 décembre. — Présidence de M. Van Tieghem.

Sur l'existence normale de l'arsenic chez les animaux, et sa localisation dans certains organes. — M. Armand Gautier. (Voir le compte rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine).

Recherche et dosage des très petites quantités d'arsenic dans les organes. — M. Armand Gautier. Quoique j'aie déjà décrit depuis longtemps la méthode qui me permet de retrouver et même de doser de très petites quantités d'arsenic dans les tissus animaux ou végétaux (1), je crois devoir, dans l'intérêt de ceux qui voudraient répéter ou étendre mes observations sur l'arsenic normal de l'économie animale, aussi bien qu'au point de vue des toxicologistes, donner quelques renseignements complémentaires sur cette méthode que j'ai d'ailleurs perfectionnée au cours du précédent travail. Ces indications leur éviteront bien des tâtonnements et des doutes.

La méthode consiste à détruire la matière organique successivement par l'acide nitrique, l'acide sulfurique, puis encore l'acide nitrique. On agit ainsi du commencement à la fin en milieu très oxydant et l'on chasse, presque dès le début, la totalité des chlorures, l'une des causes principales des pertes d'arsenic sous forme de composés volatils.

(1) *Annales de Chimie et de Physique*, 5e série, t. VIII, p. 384.

Sur 100 gr. de tissu frais, on verse, suivant les cas, de 30 gr. à 60 gr. d'acide nitrique pur $(AzO^3)^2$, $3H^2O$; on additionne de 1 gr. d'acide sulfurique, et l'on chauffe le tout, dans une capsule de porcelaine, jusqu'à liquéfaction complète, puis épaississement; on retire du feu, et l'on ajoute alors seulement 8 à 10 grammes d'acide sulfurique pur. On chauffe de nouveau assez fortement, puis retirant du feu, l'on verse sur la matière en train de se détruire de l'acide nitrique par faibles quantités à la fois, jusqu'à ce que, chauffant jusqu'au point où l'acide sulfurique émet d'épaisses vapeurs, il ne reste plus dans la capsule qu'un liquide brun à peu près incarbonisable à la température où l'acide sulfurique commence à bouillir. Dans certains cas (résidus urinaires, extraits de vin, et surtout glande thyroïde), la destruction est difficile et les additions successives d'acide nitrique doivent être plusieurs fois répétées. Arrivé au point où l'acide nitrique n'oxyde presque plus, on chasse celui-ci une dernière fois à chaud, on laisse refroidir, on ajoute encore un peu d'acide sulfurique, et, en agitant, on verse la petite quantité de liqueur brune résiduelle dans 600 cc. à 700 cc. d'eau distillée. On lave ensuite la capsule, après refroidissement, et l'on réunit le tout. Il tombe au fond du récipient une matière humique très divisée à laquelle surnage une liqueur plus ou moins foncée (1). On filtre, on ajoute 1 cc. à 2 cc. d'une solution d'acide sulfureux et l'on fait enfin passer dans la liqueur acide, à chaud et durant plusieurs heures, un courant d'hydrogène sulfuré. Le sulfure d'arsenic se précipite avec un excès de soufre qui entraîne encore un peu de matière organique. On recueille ce précipité douze heures après, on le lave sur un filtre et l'on place le filtre avec son résidu dans une capsule où l'on verse un peu d'eau ammoniacale (1 partie d'ammoniaque et 20 parties d'eau). On laisse digérer trente à quarante minutes, vers 40° à 50°, et l'on filtre. La liqueur filtrée, évaporée doucement, laisse un résidu qu'on oxyde par un mélange d'acide nitrique et sulfurique. On chauffe jusqu'à décoloration en renouvelant, s'il le faut, l'acide nitrique. On élève enfin la température jusqu'à l'apparition des fumées abondantes d'acide sulfurique, dans le but de chasser les dernières traces d'acide nitrique ; on étend d'eau et l'on verse peu à peu dans l'appareil de Marsh.

Pour les détails de la conduite de cet appareil et le dosage de l'arsenic, je renvoie à mon Mémoire des *Annales de Chimie et de Physique* de 1876 (*loc. cit.*, p. 397 et 402).

La méthode le plus souvent employée pour détruire les matières animales, méthode dite de Fresenius et Babo (en réalité d'Abreu, perfectionnée par Duflos et Millon), consistant à détruire la matière organique par un mélange d'acide chlorhydrique et de chlorate de potasse, occasionne, même en cornue fermée, même en agissant à 50° ou 60° seulement, des pertes notables d'arsenic entraîné à l'état de chlorure par les oxydes de chlore qui se forment. Je me suis assuré que, dans le cas de la glande thyroïde, la majeure partie de l'arsenic disparaissait ainsi.

La marche précédente, lorsqu'on se borne à carboniser la matière sans détruire la majeure partie du charbon par des additions successives d'acide nitrique, donne lieu,

(1) Si l'on se bornait à carboniser la matière, il arriverait dans certains cas, qu'on s'exposerait, en épuisant imparfaitement par l'eau bouillante un charbon encore bitumineux, à des pertes notables d'arsenic ; c'est ce qui se passerait particulièrement pour le tissu thyroïdien.

dans le cas de la glande thyroïde et dans quelques autres cas rares, à des pertes d'arsenic qui reste occlus dans le résidu charbonneux.

Pour les dosages, on pèse, quand c'est possible, l'anneau d'arsenic. Il répond à la totalité du métalloïde primitivement contenu dans le tissu examiné, si l'on prend les précautions que je viens d'indiquer dans cette note et celles que j'ai décrites aux *Annales* pour la conduite de l'appareil de Marsh.

Un cas d'hémiplégie hystérique guéri par la suggestion hypnotique et étudié par la Chronophotographie. M. G. MARINESCO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 décembre. — Présidence de M. PANAS.

Distribution des prix de 1899

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) Question : *Physiologie et pathologie de la glande thyroïde.* L'Académie décerne : Un prix de 600 francs, à M. Marcel Garnier, interne des hôpitaux de Paris ; un prix de 400 francs, à MM. les Drs Enriquez et Lamy, de Paris ; une mention honorable à M. le Dr Gauthier, de Charolles.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) Le prix est décerné à M. L. Ombredanne, interne des hôpitaux de Paris : (*Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée*).

Prix Amussat. — 1000 francs. (Triennal.) L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 100 francs à MM. les Drs G. Carrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, et J. Vanverts, de Lille : (*De la ligature des vaisseaux spléniques chez l'animal et chez l'homme*) ; 200 francs à M. Henri Lardennois, interne des hôpitaux de Paris : (*De l'anastomose entéro-rectale et de son exécution par le procédé de l'emporte-pièce*).

Prix d'Argenteuil. — 6800 francs. (Sexennal.) L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1500 francs à MM. les Drs Bazy, chirurgien des hôpitaux, Chailloux, de Paris, et J. Escat, de Marseille : (*De la castration dans l'hypertrophie de la prostate*) ; 1500 francs à MM. les Drs A. Poncet, professeur, et Y. Delore, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon : (*Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques*) ; 1500 francs à MM. les Drs Wassermann et M. Hallé, de Paris : (*Contribution à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre*) ; 700 francs à M. le Dr E. Chevallier, chirurgien des hôpitaux de Paris : (*Chirurgie des voies urinaires*) ; 700 francs à M. le Dr O. Pasteau, de Paris : (*Eude sur le rétrécissement de l'uréthre chez la femme*).

L'Académie accorde en outre des encouragements de : 450 francs à M. le Dr L. Imbert de Montpellier : (*Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles*) ; 450 francs à M. le Dr B. Motz, de Paris : (*Contribution à l'étude de la structure histologique de l'hypertrophie de la prostate*).

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente. Les travaux sur ce sujet, présentés à l'Académie, n'ont pas obtenu de récompenses

Prix Barbier. — 2.000 francs (Annuel). L'Académie décerne : Un prix de 1.500 francs à M. le Dr P.-L. Simond, médecin principal du corps de santé des colonies, directeur du laboratoire de bactériologie de Saïgon : (*La propagation de la peste*) ; un prix de 500 francs à M. Auché, pharmacien de 2e classe de la marine : (*La lèpre en Nouvelle-Calédonie en* 1898).

Des mentions honorables sont accordées à : M. le Dr G. Carrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille : (*Tentatives expérimentales d'immunisation contre le tétanos et le venin des serpents*) ; M. P. Cozette, médecin-vétérinaire à Noyon (Oise) : (*Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la fièvre vitulaire*).

Prix Mathieu Bourceret. — 1.200 francs (Annuel). L'Académie décerne : Un prix de 900 francs à M. le Dr Maurice Doyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon : (*Circulation du sang*) ; un prix de 300 francs à M. le Dr X. Delore, de Lyon : (*Circulation utérine, placentaire et fœtale*).

Des mentions honorables sont accordées à : M. le Dr Fernand Bousquet, de Paris : (*Recherches cryoscopiques sur le sérum sanguin*) ; M. le Dr J. Jolly, de Paris : (*Recherches sur la valeur morphologique et la signification des différents types de globules blancs*).

Prix Henri Buignet. — 1.500 francs (Annuel). Le prix est décerné à MM. les Drs Barthélemy et Oudin, de Paris : (*Application de la méthode Rœntgen aux sciences médicales*).

Prix Capuron. — 1.000 francs (Annuel). L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Ségall et Weinberg, de Paris.

Une mention honorable est accordée à M. le Dr Jean Fabre, chef des travaux de la clinique obstétricale de l'Université de Lyon.

Prix Chevillon. — 1.500 francs (Annuel). Le prix n'est pas décerné.

Un encouragement de 500 francs est accordé à M. le Dr Urbain Guinard, de Paris : (*La cure chirurgicale du cancer de l'estomac*).

Prix Civrieux. — 800 francs (Annuel). Le prix n'est pas décerné.

Une récompense de 500 francs est accordée à MM. les Drs A. Marie, directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron et Vigouroux, médecin de cette colonie.

Prix Clarens. — 400 francs (Annuel). Le prix est décerné à M. le Dr G. Sersiron, de Paris : (*Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne*).

Des mentions honorables sont accordées à : MM. Lévy, adjoint à l'intendance militaire, et le Dr Talayrac, médecin-major de 2e classe au 4e bataillon d'artillerie à pied à Verdun : (*Contribution à l'étude de la congélation des viandes*) ; M. le Dr J. Casteret, médecin aide-major de 1re classe au 126e régiment d'infanterie, à Toulouse : (*Le kéfir à l'eau comme boisson hygiénique dans l'armée*).

Prix Daudet. — 1.000 francs (Annuel). Le prix n'est pas décerné.

Un encouragement, avec une somme de 800 francs, est accordé à MM. les Drs Fernand Bezancon et Marcel Labbé, de Paris.

Une mention honorable est accordée à M. le Dr Leredde, de Paris, et M. Emile Weil, interne à l'hôpital de la Pitié.

Prix Desportes. — 1.300 francs (Annuel). L'Académie accorde : Un prix de 1.000 francs à MM. les Drs E. Schoull,

médecin en chef de l'hôpital civil français de Tunis et P. Remlinger, médecin aide-major de 1re classe, chef du laboratoire militaire de bactériologie de Tunis : (*De l'efficacité de la médication créosotée dans les maladies de l'appareil respiratoire autres que la tuberculose*) ; une mention très honorable avec une somme de 300 francs, à M. le Dr G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau à Paris : (*La diphtérie et la sérumthérapie*).

Des mentions honorables à : M. le Dr Paul Carnot, de Paris : (*Recherches sur différents hémostatiques coagulants et particulièrement la gélatine et le chlorure de calcium*), et à M. le Dr H. Leroy-Dupré, de Paris : (*Traité d'hydrothérapie*).

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1899, les sommes suivantes à MM. les stagiaires :

2.000 à M. M. Faure pour sa mission à Néris et son rapport sur Saint-Sauveur; 1.750 francs à M. Cadol pour sa mission à Gréoulx et son rapport sur Molitg et Le Vernet.

Prix Ernest Godard. — 1.000 francs (Annuel). Un prix de 800 francs à M. le Dr G. Potel, de Lille : (*Etudes sur les malformations congénitales du genou*) ; Une récompense de 200 francs à M. le Dr J. Escat, de Marseille : (*Infiltration d'urine et périuréthrite*).

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3.000 francs. (Annuel.) L'Académie décerne le prix à M. le Dr P. Janet chargé du cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne, professeur remplaçant au Collège de France, directeur du laboratoire de psychologie à la Salpétrière : (*Névroses et idées fixes. L'automatisme psychologique.*)

Des mentions honorables sont accordées à : M. le Dr P. Ardin-Delteil, de Montpellier : (*L'épilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité*) ; et à M. Maurice Faure, interne des hôpitaux de Paris : (*L'épilepsie. — Les délires. — La confusion mentale et les psychoses toxi-infectieuses.*)

Prix Laborie. — 5.000 francs. (Annuel.) L'Académie décerne : Un prix de 1.500 francs à M. le Dr Henri Delagenière, du Mans, pour sa *Chirurgie de l'utérus.* — Un prix de 1.500 francs à M. le Dr Jeannel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse, pour sa *Chirurgie de l'intestin.* — Un prix de 1.000 francs à M. le Dr E. Cestan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. (*La thérapeutique des empyèmes*).

Deux récompenses de 500 francs à MM. les Drs Letulle et Weinberg, de Paris : (*Recherches histo-pathologiques sur les appendicites.*) M. le Dr E. Loison, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce : (*Des blessures du péricarde et du cœur et de leur traitement*).

Des mentions honorables sont accordées à : MM. les Drs M. Peraire et F. Mally, de Paris : (*Des formes de la métatarsalgie (névralgie de Mortou) et de son traitement chirurgical.* — M. le Dr Z. Samfiresco, professeur de médecine opératoire de Jassy : (*Amputations ostéo-plastiques appliquées dans la continuité des os longs*). M. le Dr Ad. Sechehaye, de Genève : (*Localisations des corps étrangers au moyen des rayons Rœntgen*).

Prix du baron Larrey. — 500 francs. (Annuel). L'Académie décerne le prix à M. le Dr G.-A. Reynaud, médecin en chef des colonies : (*Considérations sanitaires sur l'expédition de Madagascar et quelques autres expéditions coloniales.*

Une mention trés honorable est accordée à MM. les Drs Arnaud (O.), médecin-major de 2e classe à la direction du service de santé du 12e corps d'armée, et Lafeuille (P.), médecin aide-major de 1re classe au 63e régiment d'infanterie à Limoges : (*Statistique, étiologie et prophylaxie de la tuberculose dans l'armée*).

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.) Le prix est décerné à M. Mallet (François-Joseph), étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Lefèvre. — 1800 francs. (Triennal.) Le prix n'est pas décerné.

Une récompense de 1000 francs est accordée à MM. Drs Dufour (H.) et Rogues de Fursac, de Paris.

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. (Annuel.) L'Académie décerne le prix à M. le Dr Tissié (P.), de Bordeaux : (*Les rêves ; physiologie et pathologie ; mémoires divers*).

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Dheur (P.), d'Ivry-sur-Seine : (*Hallucinations volontaires*).

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs (Annuel). L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : Des encouragements de 1000 francs à : M. le Dr Scrini (B.), de Paris : (*Les collyres huileux*).

M. le Dr de Brudzewski, de Lemberg (Autriche) : (*L'influence de la forme de la cornée sur l'aberration de sphéricité de l'œil*).

Des mentions honorables à MM. les Drs Nicolas (E.), vétérinaire en second au 6e hussards, et Fromaget (C.), ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux : (*Précis d'ophtalmoscopie vétérinaire*). M. le Dr Rollet (E.), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon : (*Traité d'ophtalmoscopie*).

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 francs. L'Académie partage le prix entre M. Lignières (J.), chef des travaux de police sanitaire à l'Ecole d'Alfort, en mission à Buenos-Ayres : (*Contribution à l'étude des pasteurelloses*), et M. le Dr Wurtz (R.), professeur agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux de Paris : (*Hygiène publique et privée en Abyssinie*).

Elle accorde en outre une mention honorable à M. le Dr Cognacq (M.), médecin de 1re classe des colonies : (*La lèpre en Cochinchine*).

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Oulmont. — 1,000 francs. (Annuel.) L'Académie décerne le prix à M. Lesné (A. E.), interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) L'Académie n'ayant pas reçu de travail pour ce prix remet la question au concours pour 1902.

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) Le prix n'est pas décerné. La même question est remise au concours pour 1902.

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Biennal.) L'Académie partage le prix par parties égales entre : M. le Dr Edmond Fournier, chef de clinique de la Faculté de Paris : (*Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*), et M. le Dr Jullien, chirurgien de Saint-Lazare : (*Blennorragie et mariage*).

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — L'Académie partage le prix entre M. le Dr Dupard, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon : (*La fièvre typhoïde*

dans les Alpes et l'assainissement des régions alpines), et M. le Dr Ed. Imbeaux, ingénieur des ponts et chaussées, directeur du service municipal de Nancy : (*Les eaux potables et leur rôle hygiénique dans le département de Meurthe-et-Moselle*).

Des mentions honorables sont accordées à MM. le Dr Boinet, professeur à l'école de médecine de Marseille, et Huon, vétérinaire, inspecteur général du service des viandes aux abattoirs de Marseille : (*Etude de la tuberculose à Marseille; sa prophylaxie*) ; M. le Dr A. Morel, vétérinaire sanitaire aux abattoirs de Vaugirard, Paris : (*Des clos d'équarrissage; industrie hygiène publique et professionnelle, police sanitaire et législation*) ; M. le Dr L. Chastang, médecin de 1re classe de la marine : *Nos pêcheurs d'Islande, hygiène et pathologie professionnelles, assistance médicale*) ; M. le Dr A. Chuquet, de Cannes : (*L'hygiène des tuberculeux*) ; M. le Dr Emile Mauchamp, de Chalon-sur-Saône : (*L'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé*; M. le Dr Pecker (de Maule (Seine-et-Oise) : (*La puériculture intra et extra-utérine par assistance scientifique et matérielle à domicile*).

Service des eaux minérales. — 1° *Médaille d'or, à* : M. Adolphe Carnot, membre de l'Institut, pour l'ensemble de ses travaux relatifs à l'analyse chimique des eaux minérales.

2° *Rappel de médaille d'or, à* : M. le Dr Senac-Lagrange, médecin consultant à Cauterets.

3° *Médailles d'argent, a* : MM. les Drs Bénard, à Saint-Christau; Bernard (Félix), à Plombières; Fiquet, à Aix-les-Bains; Niepce, à Allevard; Pessez, à Châtel-Guyon.

4° *Rappels de médailles d'argent, à* : MM les Drs Censier, à Bagnoles-de-l'Orne, Chiaïs, à Evian ; Dresch, à Ax; Duhourcau, à Cauterets ; Forestier, à Aix-les-Bains; Morice, à Néris ; Royer, à Challes ; Verdenal, aux Eaux-Chaudes.

5° *Rappel de médaille de bronze, à* : M. le Dr Poulain, à Bagnoles-de-l'Orne.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1899.

Appendicite et obstruction intestinale. — MM. Avirangnet et L. Bernard ont observé récemment, dans le service de M. Landouzy, à l'hôpital Laënnec, deux cas d'appendicite perforante coexistant avec une obstruction de l'intestin.

Le premier cas est celui d'une femme de 40 ans, entrée pour des douleurs abdominales attribuées à une colique hépatique; l'interrogatoire de la malade apprit qu'elle souffrait depuis longtemps de son gros intestin, qu'elle avait perdu l'appétit et qu'elle avait maigri. D'autre part, l'apparition de phénomènes d'obstruction intestinale finit par faire rejeter le diagnostic de colique hépatique et admettre que la malade était atteinte d'un cancer de l'intestin, sous la dépendance duquel était l'obstruction intestinale. Celle-ci devint bientôt très marquée : ballonnement du ventre, saillie des anses intestinales sous la paroi, constipation opiniâtre, vomissements fécaloïdes.

Devant l'insuccès des moyens médicaux, on fut d'avis de tenter une laparotomie, mais la malade, prise brusquement de douleurs abdominales violentes, tomba dans le collapsus et mourut en quelques heures, quinze jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva une péritonite aiguë, consécutive à une perforation de l'appendice.

Pendant la vie, rien n'avait permis de soupçonner une appendicite; la malade souffrait de tout l'abdomen, et le palper n'avait révélé rien de particulier dans la fosse iliaque droite. D'autre part, on n'avait observé aucun signe de péritonite : le pouls, la température étaient restés normaux. Les symptômes de la péritonite avaient été cachés par ceux de l'obstruction intestinale; celle-ci avait bien eu pour cause un cancer de l'intestin : son siège était l'angle gauche du colon. Le gros intestin était considérablement distendu, et par place, surtout au niveau du cœcum, les fibres musculaires s'étaient rompues et de petites hémorrhagies interstitielles s'étaient produites. L'appendice était perforé à sa base; l'examen histologique démontra dans l'organe les lesions habituelles de la folliculite aiguë perforante, et non les lésions de nécrose de coagulation que M. Letulle a décrites dans certains cas d'appendicite aiguë perforante, rapidement suivie de péritonite aiguë. Y a-t-il une relation à établir entre l'occlusion intestinale et l'appendicite? Les auteurs ne le pensent pas, et croient qu'il s'agit d'une simple coïncidence, intéressante par sa rareté.

La seconde malade est une femme de 49 ans, entrée à l'hôpital pour des accidents douloureux de l'abdomen, permettant de penser à une appendicite subaiguë. Très rapidement se développèrent des phénomènes d'occlusion intestinale, qui nécessitèrent une laparotomie. A l'ouverture du ventre, on constata l'existence d'une péritonite aiguë, consécutive à une perforation de l'appendice. Il y avait également une obstruction de l'intestin, mais la cause n'en put être trouvée pendant l'opération. La distension de l'intestin était telle qu'on dut faire un anus contre-nature, afin de pouvoir fermer l'abdomen. La malade succomba le soir même de l'opération.

L'autopsie ayant été refusée, l'observation resta incomplète. Mais il semble vraisemblable d'admettre que l'appendicite a été primitive et l'occlusion secondaire, et il est rationnel de faire dépendre de l'appendicite et de la péritonite les phénomènes d'occlusion ; il a dû se faire une paralysie de l'intestin, consécutivement aux lésions appendiculaires et péritonéales.

Ces deux faits permettent d'envisager, sous leurs différents aspects, les rapports de l'obstruction intestinale et de l'appendicite, tantôt primitive, tantôt secondaire. Ils montrent que l'appendicite et la péritonite peuvent évoluer sans grand fracas et que les symptômes qui les caractérisent peuvent passer inaperçus, cachés par ceux de l'obstruction intestinale.

M. Hirtz. M. Doyen a signalé récemment l'existence de ces occlusions aiguës accompagnant ou suivant l'appendicite.

M. Hayem a montré, il y a déjà bien longtemps, l'importance d'un examen rapide du sang pour trancher le diagnostic dans ces états phlegmasiques latents, qui sont loin d'être rares. S'il y a des localisations inflammatoires, on

trouve, en effet, de la leucocytose et une augmentation de la fibrine.

M. Parmentier a pu, plusieurs fois, vérifier l'exactitude de ce que dit M. Hayem et faire, grâce à cet examen du sang, un diagnostic de suppuration profonde, d'appendicite, qui n'aurait pu être fait à temps sans cela.

Parotidite saturnine. — M. A. Petit présente un malade atteint de *parotidite saturnine double*. Peintre en bâtiments depuis 1883, il a eu, à diverses reprises, des accidents d'intoxication saturnine : coliques à répétition, paralysie radiale. Le 23 novembre dernier, nouvelle crise de colique accompagnée de céphalée et d'une douleur rétro-maxillaire bilatérale, sans fièvre. Cette douleur, spontanée et à la pression, s'accentua, en même temps que se produisait un gonflement mollasse des deux parotides sans rougeur de la peau. Aucun accident buccal ou guttural, pas de salivation, pas de cuisson ni de douleur.

Lors de l'entrée à l'hôpital le 25 décembre, on constate un gonflement mollasse, pâteux, des deux parotides, donnant au malade le facies ourlien. Il y a une très légère sensibilité à la pression au niveau des parotides gonflées. Pas de fièvre, pas d'albuminurie. Aucune trace de stomatite ; rien d'anormal au niveau du canal de Sténon. Simplement un liséré de Burton au niveau des gencives. Le gonflement persiste aujourd'hui indolore et avec les mêmes caractères.

Le malade n'a jamais eu les oreillons ; il n'a été exposé à aucune contagion ourlienne ces temps derniers. Il semble bien atteint de parotidite double saturnine. S'agit-il d'une lésion parotidinienne due à l'élimination du plomb par la glande ou, comme le veulent Claisse et Dupré, à une infection d'origine buccale surajoutée ? L'absence de tout phénomène au niveau de la bouche et l'absence de mouvement fébrile semblent rendre plus vraisemblable la première hypothèse.

M. Hudelo a observé récemment, dans son service, un malade assez analogue, mais chez lequel la tuméfaction était unilatérale. Cette unilatéralité, un état saburral avec un peu d'élévation thermique, etc., ont fait penser, dans ce cas, à une infection d'origine buccale.

La lutte contre l'alcoolisme dans les hôpitaux. — M. Jacquet lit un rapport sur l'alcoolisme dans les hôpitaux parisiens, au nom d'une commission composée de MM. Debove, président ; Courtois-Suffit, Joffroy, Legendre, Marie, Siredey, Triboulet, Jacquet. La Société adopte à l'unanimité les conclusions de ce rapport.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 décembre 1899. — Présidence de M. Jullien.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. Bulletin de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. le ministre de l'Instruction publique demandant à la Société si elle désire figurer à l'Exposition universelle de 1900.

Sur interrogation du Président, la Société décide qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette proposition.

La Société fixe la date du banquet au 20 janvier 1900, et charge MM. Dubuc et Buret de son organisation.

M. Bousquet lit un mémoire **sur les applications de la cryoscopie à la médecine.** — M. Frenkel est chargé de présenter le rapport sur cette candidature.

M. Buret donne lecture d'un mémoire de M. le Professeur Peterssen, de Saint-Pétersbourg, intitulé : **Des affections des dents chez les syphilitiques** — Ce travail, envoyé par l'auteur à l'appui de sa candidature comme membre correspondant étranger, est renvoyé à une Commission composée de MM. Antonelli, Buret et Loup, rapporteur.

M. Suarez de Mendoza lit une **observation d'un cas d'hydrargyrisme analogue à celui de M. Millée.**

Suivant le conseil de certains d'entre vous, Messieurs, qui m'honorent de leur bienveillante amitié, je désire vous communiquer officiellement l'observation que, il y a un mois, je faisais brièvement connaître en sortant de la séance où fut faite la communication de M. Millée.

Mme X, âgée de 31 ans, mariée à 22, a eu, à son 1er accouchement, des accidents puerpéraux graves (métro-péritonite) contre lesquels la glace et la pommade mercurielle furent largement employées. Elle eut, pendant le traitement, une grande inflammation de la bouche qui réclama l'emploi du chlorate de potasse à haute dose *intus* et *extra*. Depuis cette époque elle n'a jamais souffert de la bouche, ses dents étaient très belles et ses gencives tout à fait saines.

En 1894 son mari, âgé de 41 ans, eut, outre une affection nasale spécifique, des accidents de syphilis cérébrale (céphalalgie, fourmillements et parésie des bras, perte de la mémoire, troubles légers de la parole). Le traitement par les frictions mercurielles, suivant la méthode conseillée par M. Fournier, fut institué. Dix jours après, Mme X était prise d'une gingivite violente. J'ai voulu savoir si elle n'avait pas aidé son mari à faire les frictions, mais elle m'assura ne jamais s'en être occupée, me disant même que le mari, pour pouvoir rester près d'elle « mettait tous les soirs par dessus sa flanelle une chemise toute blanche ».

J'engageai le ménage à faire lit à part, mais ma proposition fut refusée comme portant atteinte aux habitudes acquises et partant à l'union conjugale. Je dus me contenter d'engager ma cliente à dormir avec un vêtement spécial qui supprimerait en toute occasion le contact immédiat des grandes surfaces du légument externe. La gingivite cessa au bout de quelques jours sous l'influence du traitement classique.

Pendant les périodes de repos du traitement spécifique, le vêtement sus-indiqué fut enlevé et repris de nouveau aux périodes de traitement. Deux fois la malade le supprima à mon insu et deux fois une poussée de gingivite se fit sentir.

Pour en avoir le cœur net, j'engageai la malade à coucher sans son vêtement sous les mêmes draps, mais légèrement éloignée de son mari. La gingivite revint cependant, mais moins vite et plus bénigne.

Je fus ainsi convaincu que, chez ma malade, l'absorption se faisait surtout par la peau, et j'ai gardé l'impression que l'élévation de la température produite par les contacts larges et prolongés de la surface cutanée devait augmenter cette absorption.

M. Dubuc croit que les voies respiratoires et la peau sont des voies d'absorption des vapeurs mercurielles.

M. Jullien dit qu'il est probable que la malade de M. Suarez de Mendoza se faisait, sans qu'elle s'en rendît compte, des frictions mercurielles sur la peau de son mari.

M. Brossard, au nom de la Commission du prix Duparque, propose à la Société de ne pas décerner le prix cette année.

La Société se range à cette opinion à l'unanimité.

Rapport de la Commission du prix Duparcque.

Messieurs,

Au nom de la Commissien du prix Duparcque, j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société les décisions prises par cette commission pour l'attribution du prix.

La question proposée était la suivante : Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme.

La Commission composée de MM. Guépin, Mouzon, Pellier, Roubinowitch et Brossard, rapporteur, n'a eu à examiner qu'un seul mémoire sur cette question pourtant très attrayante par son actualité et par les déductions pratiques qui peuvent en découler. Ce mémoire a pour devise :

Si de vous agréer je n'emporte le prix,
J'aurai du moins l'honneur de l'avoir entrepris.

C'est un travail consciencieux, mais qui nous a paru surtout extra-médical; l'auteur présente un certain nombre de conclusions qui nous ont semblé contraires à la prudence exigée par la pratique médicale; enfin nous avons cru trouver dans l'ensemble de ce travail une réelle partialité en faveur de l'usage de la bicyclette. Nous aurions désiré un travail plus complet et surtout plus scientifique, basé sur un ensemble de faits vraiment scientifiques et cliniques et purement médicaux.

Nous pensons que les efforts de l'auteur n'ont pas répondu aux désirs de nos collègues et aux principes établis par le fondateur même du prix.

En conséquence, la Commission vous propose de ne pas décerner cette année le prix Duparcque.

Vote pour une candidature au titulariat. — M. Monel est élu à l'unanimité membre titulaire de la Société (21 votants).

Vote pour le renouvellement partiel du bureau. — M. Richelot est élu président pour 1900 à l'unanimité (20 voix).

M. Beni-Barde est élu vice-président par 20 voix contre 1 bulletin blanc.

MM. Ladreit de Lacharrière et Jullien sont élus membres du Conseil d'administration, à l'unanimité (22 votants).

MM. Besnier, Pellier, Brossard et Guépin, sont élus à l'unanimité membres du Comité de publication.

MM. Dhomont et Albert-Weil sont élus à l'unanimité secrétaires annuels (20 votants).

En conséquence, le Bureau, pour l'année 1900, est ainsi constitué :

Président : M. Richelot.
Vice-président : M. Beni-Barde.
Secrétaire général : M. Buret.
Secrétaires annuels : MM. Dhomont et Albert-Weil.
Archiviste : M. Millée.
Trésorier : M. Tissier.
Conseil d'administration : MM. Ladreit de Lacharrière et Jullien.
Comité de publication : MM. Besnier, Pellier, Brossard, Guépin et le secrétaire général.

La séance est levée à 5 h. 40.

Un des secrétaires annuels,
Dr E. Albert-Weil.

Avis très important. — Les membres de la Société qui auraient un changement d'adresse à signaler sont instamment priés de le faire savoir au secrétaire général (Dr Buret, 2, rue Casimir-Delavigne), avant le mardi 26 décembre 1899, *dernière limite*, la nouvelle liste devant être expédiée le 1er janvier 1900.

Le Secrétaire général,
F. Buret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(1er et IIe arrondissements.)

Séance du 18 juillet 1899. — Présidence de M. Chevallereau.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La Correspondance comprend : 1° lettre du Dr Grasset de Montpellier relative au Congrès de Déontologie de 1900; 2° lettre de candidature du Dr Beranger, parrains MM. Chapon et Sébillotte. Rapporteur M. Gillet; 3° lettre de M. Bauchet s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et demandant de reporter à une réunion ultérieure sa communication sur un cas d'appendicite.

M. Gillet fait une très importante communication sur *la Posologie de la Belladone à haute dose*. M. Gillet rappelle combien le praticien est souvent embarrassé pour le traitement de certaines maladies, comme la coqueluche.

L'action des médicaments s'épuise et on est amené à varier les médicaments ou à varier les doses, c'est-à-dire à donner le même médicament en élevant progressivement les doses, c'est ainsi que pour la *belladone* on peut arriver à donner des doses normes, fantastiques, en prenant la seule précaution de commencer par de très petites pour tâter la susceptibilité du sujet.

M. Gillet indique les soins à prendre dans l'application stricte de cette méthode.

1° Commencer par de très petites doses 1/6 de goutte de teinture (période de tâtonnement).

2° Augmenter très rapidement.

3° Si pour une cause quelconque on a dû cesser le traitement, le reprendre à dose minime; car l'accoutumance est perdue.

4° Ne jamais cesser de façon brusque. En suivant attentivement les règles ainsi formulées, M. Gillet arrive à donner *une goutte* de teinture par *mois* d'enfant, *toutes les trois heures*. ce qui fait une dose relativement très forte.

Conclusions. — M. Gillet n'a eu que d'heureux résultats et jamais d'accidents; il lui semble donc que la belladone n'est pas un médicament aussi *dangereux* qu'on est porté à l'admettre; il faudrait pour arriver à ces accidents des doses énormes.

Discussion à laquelle prennent part MM. Lataste, Chevallereau, Sébillotte, Gourc.

M. Chevallereau a observé bien des fois que les enfants supportent infiniment mieux que les adultes l'action de la

belladone ou de l'atropine, les vieillards par contre y sont beaucoup plus sensibles.

M. Desnos fait part à la Société de la création d'un Cercle Médical qui offrira certainement de grands avantages aux médecins de Paris et même aux confrères de province qui seront admis suivant certaines conditions.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

L'un des secrétaires :
Dr H. Beausse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 30 octobre 1899. — Présidence de M. Genesteix.

Après lecture du procès-verbal et d'une lettre du Dr Bois sier, secrétaire général, empêché d'assister à la séance, le Dr Péchin donne lecture d'un intéressant travail sur l'*Iritis bilatérale d'origine palustre.*

Au sujet de ce travail, le Dr Paul Petit se demande si l'impaludisme n'est pas là trop facilement incriminé comme cause de l'iritis, de même qu'il ne saisit pas bien la relation qui peut exister entre une métrite ou une salpingite et l'inflammation de l'iris quelquefois concomitante et qu'on a appelée pour cela iritis métritique.

Il s'est souvent trouvé en face de l'impaludisme, sous toutes ses formes diverses, dans les expéditions en Extrême-Orient et à Madagascar qu'il a accompagnées, et dans les navires-hôpitaux où il a soigné les impaludiques rapatriés, et n'a pas souvenance d'avoir constaté ni soigné cette iritis d'origine palustre.

Le Dr Petit profite de cette discussion pour donner son avis personnel sur le traitement de l'impaludisme. Il est d'abord absolument convaincu, par expérience personnelle, de la valeur prophylactique de la quinine.

Lorsque l'accès s'est déclaré, on donne un vomitif et l'on déblaie les voies digestives, l'on traite les symptômes suivant la nature et les localisations secondaires de l'accès et l'on donne la quinine qui doit être renouvelée si l'accès ne cède pas à la première dose, et cela afin d'éviter la forme pernicieuse.

La quinine doit être donnée sous forme de bisulfate par la bouche et de bibromhyadrate par voie sous-cutanée. L'absorption étant plus complète par le rectum que par la bouche et encore plus par voie sous-cutanée, la dose sera proportionnée suivant le mode d'absorption de 1 gr. (dose minima) à 5 ou 6 gr. en 24 heures et sera donnée 5 heures environ avant l'apparition de l'accès et continuée longtemps après la disparition de ceux-ci, ce qui n'empêche pas l'impaludisme de reparaître quelquefois jusqu'à 30 ans après son éclosion à l'occasion d'une autre maladie.

L'arsenic n'est guère efficace. La poudre de quinquina (préférable à l'extrait) est plus utilement employée.

M. Péchin remercie M. P. Petit de son argumentation, mais est étonné de lui voir contester d'une façon si formelle toute relation possible entre l'iritis et l'impaludisme.

Dans le cas présenté par M. Péchin, il n'y avait aucune autre cause tangible de l'iritis que la maladie dont deux crises ont coïncidé avec deux crises d'iritis ; il est donc bien convaincu pour sa part, d'avoir eu à faire à une iritis d'origine palustre.

Quant à l'iritis métritique, M. Péchin comprend qu'elle échappe souvent aux gynécologues qui examinent rarement les yeux de leurs malades ; il existe toutefois des observations probantes d'iritis incurables jusque-là et cessant avec la guérison d'une métrite.

M. Petit trouve que l'on abuse trop de la répercussion à distance des troubles génitaux. Il ne croit pas pour sa part aux affections d'estomac secondaires à des métrites. Seule la métrite puerpérale lui paraît, par sa nature infectieuse, pouvoir affecter secondairement d'autres organes.

M. Pruvost pense au contraire que la métrite, non puerpérale, peut avoir du retentissement à distance. C'est ainsi qu'il a vu des toux opiniâtres cesser après cautérisation d'une cavité utérine. Il pense qu'il faut voir là l'action de toxines produites dans l'utérus et se répandant dans l'organisme, et non un simple effet réflexe. Ce serait une chose analogue à l'arthrite survenant au cours d'une métrite blennorrhagiques.

M. Tison, à propos de l'impaludisme et de ses manifestations oculaires, dit avoir appris d'un médecin étant allé au Mexique qu'on y observe souvent des congestions oculaires intenses au cours des accès pernicieux, congestions que la quinine seule peut arrêter, comme l'accès. M. Tison voudrait savoir si ces congestions s'observent dans nos pays.

M. Péchin ne connaît pas cette forme spéciale, mais M. Poncet de Cluny, qui a étudié le paludisme oculaire, a presque toujours trouvé l'œil atteint chez les malades paludiques.

M. Tison trouve que le paludisme doit être considéré comme une diathèse, car, même éteint depuis longtemps, il se réveille presque toujours à l'occasion d'autres maladies et ne cède toujours qu'à la quinine, qui doit être employée sous forme de chlorhydrate, plus riche en alcaloïde et mieux encore sous forme de chlorhydro-sulfate très soluble et commode pour les injections sous-cutanées.

M. P. Petit résume sa critique en disant qu'il faut être très difficile en matière étiologique et qu'il croit que l'on abuse un peu trop des affections métritiques comme cause d'affections à distance et notamment du côté du tube digestif.

M. Genesteix regrette que M. Richardière ne soit pas là pour transmettre, au nom de la Société, toutes ses félicitations à M. P. Petit pour sa récente nomination dans la Légion d'honneur, nomination qui a été accueillie avec le plus grand plaisir par tous ses confrères de la Société.

M. P. Petit remercie des félicitations qu'on veut bien lui faire et dont il est très touché. Ayant fait plusieurs campagnes en Extrême-Orient, et fait partie notamment de l'escadre de l'amiral Courbet, il est reconnaissant à ses anciens chefs de l'avoir distingué et de l'avoir suivi de leur intérêt dans sa vie civile, et dans la nouvelle voie où il fut poussé par son maître Doléris. Il est heureux d'y avoir trouvé l'occasion de faire partie de la Société du VIe arrondissement où il n'a rencontré que des confrères sympathiques et bienveillants.

M. Genesteix donne lecture d'une lettre de la Société médico-chirurgicale.

M. Genesteix a reçu aussi une lettre du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement.

Il est décidé que les questions énoncées par ces lettres seront discutées dans les séances suivantes :

M. Dauchez, médecin d'un collège, y a constaté un cas de pelade chez un enfant et, après avoir reçu des avis contradictoires de confrères cependant très compétents, voudrait savoir s'il doit tolérer la présence de cet enfant dans le collège, et quel est l'avis de la Société à ce sujet. Pour sa part, il a vu plusieurs péladiques dans une famille sans constater de contagion. Toutefois dans le cas présent, le Dr Danchez aurait voulu un certificat d'un confrère spécialiste dégageant sa responsabilité et autorisant la présence du jeune paludique au collège, mais la famille n'a pas voulu faire la dépense de ce certificat.

M. Genesteix rappelle que, il n'y a pas longtemps encore, Saint-Cyr a été licencié par une épidémie de pelade.

M. Dromain rappelle aussi qu'une épidémie de pelade naquit à la caserne de pompiers de la rue du Vieux-Colombier, et que le médecin militaire fut puni pour n'avoir pas fait de prophylaxie.

M. Tison croit qu'il y a diverses sortes de pelade ou d'affections autres, prises à tort pour la pelade.

M. Dauchez voudrait savoir ce que feraient ses confrères dans un cas analogue au sien.

M. Dromain défendrait à l'enfant l'accès du collège.

M. Tison, dans des cas analogues, se contente de faire isoler les enfants.

M. Dauchez, en l'absence d'avis formel, se contentera de consigner son avis personnel sur le cahier de visite afin de dégager sa responsabilité.

M. Dromain constate à ce sujet que si le médecin d'un lycée de l'Etat est maître de ses actions, il l'est rarement dans les pensions privées, où l'on craint toujours les mesures pouvant faire perdre un pensionnaire,

Le secrétaire de séance,
Dr G. Ancelet.

SOCIÉTÉ MÉDICALEDU VIIe ARRONDISSEMENT

Séance du 31 octobre 1899. — Présidence de M. Le Bec.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Le Roy fait hommage à la Société de son Traité clinique et bactériologique de l'appareil respiratoire, dont M. Alibert voudra bien faire l'analyse dans la prochaine séance.

La Correspondance comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Lereboullet, en réponse à une lettre de félicitations de M. Toledano, à propos de sa nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur.

2° Une lettre du secrétaire général des Sociétés savantes, demandant à ce que la Société s'abonne à l'Annuaire des Sociétés savantes. (*Adopté*).

3° Une lettre de M. de Bourgon demandant à ce qu'un travail qu'il a envoyé soit lu à la prochaine séance.

L'ordre du jour appelle l'attention de la Société sur :

1° Un vœu émis par la Société médico-chirurgicale sur la nécessité de construire hors Paris des asiles pour tuberculeux. M. Le Roy est nommé rapporteur.

2° Un vœu émis par la Société de médecine et de chirurgie pratiques relatif au maintien légal de l'internement volontaire pour la cure des toxicomanes (morphinomanes, dipsomanes, etc.).

Après une discussion générale, la Société est d'avis qu'il y a lieu de rejeter toute réglementation attentatoire à la liberté individuelle. M. Toledano fera une réponse dans ce sens.

3° La déclaration des maladies contagieuses.

La Société est d'avis que la loi actuelle manquant de sanction, le législateur doit d'abord rendre obligatoire la désinfection, puis modifier cette loi de façon à ce que la déclaration soit faite par les parents du malade et non par le médecin.

A propos de cette discussion, M. Le Roy est d'avis qu'une chambre de malade, facile à désinfecter, devrait exister dans chaque appartement d'une certaine importance : il tient essentiellement à la désinfection de tous les objets, y compris les jouets, ce qui empêcherait, par exemple, la contagion de trois enfants par des poupées, fait dont il a été témoin dans sa clientèle.

M. Olivier fait une communication sur un cas d'herpès du larynx et M. Monnier présente une radiographie de fracture de la rotule traitée par la suture métallique chez un enfant de 15 ans.

Un des secrétaires annuels,
L. Monnier

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1899. — Présidence de M. Richelot.

Traitement des coxalgies. — M. Ménard. J'ai traité mes coxalgies avec abcès par des injections modificatrices. L'éther iodoformé est douloureux, le naphtol camphré toxique, je me trouve bien depuis quelque temps du menthol camphré. Les abcès guérissent dans 75 0/0 des cas.

Faut-il attendre toujours quand la fistule existe ou quand l'abcès est modifiée mais rebelle aux injections. J'ai fait 22 résections et dans la plupart des cas j'ai obtenu la réunion par première intention. Je n'ai pas eu de cas de mort, et je n'ai eu que 4 ou 5 fois une fistule qui a toujours guéri seule en quelques semaines ou quelques mois.

Tant qu'il n'y a pas d'infection de la fistule, on peut la voir guérir par un traitement simple.

S'il y a infection d'une ou de plusieurs fistules, il faut craindre une infection amenant des lésions du foie, de la fièvre et la mort.

Les infections pénètrent rarement dans l'articulation et ressortent d'un trajet fistuleux dans un autre. Le drainage donne rarement de bons résultats.

La suppuration qui menace par les poussées et amène la fièvre est une indication de réséquer. Les résultats sont bons si la suppuration est récente. Toute opération conservatrice échoue si le malade est albuminurique.

Si l'on prétend guérir par résection, il faut que le malade n'ait pas induré tous les tissus périarticulaires.

Je ne pratique aucune réunion et je laisse la plaie largement ouverte dans les cas de coxalgie infectée. On peut ainsi modifier la plaie par des caustiques à chaque pansement et l'on s'oppose ainsi aux abcès secondaires.

L'opération doit être faite rapidement - 5 à 10 minutes dans les cas de coxalgie septique,—plus lente dans les résections aseptiques.

Dans mes 74 derniers opérés, je n'ai eu qu'un malade mort par choc.

Les résultats orthopédiques sont-ils meilleurs après la résection ? Ceux-ci dépendent surtout des soins donnés après la résection. Je suis arrivé à un raccourcissement de 3, 4 centimètres.

Toutes les fois que la guérison est obtenue en quatre ou six mois, le résultat orthopédique est très satisfaisant. Il n'en est plus ainsi quand on a été forcé de recourir à une deuxième intervention.

Le retard de croissance en longueur est de règle dans la coxalgie suppurée.

Je n'ai observé que 74 opérés dans l'hôpital, 52 coxalgies infectées, 1 cas de mort.

4 réséqués ont succombé à la septicémie chronique. 2 morts après désarticulation de la hanche.

Deux malades sont morts de méningite avant l'opération. Les opérés ne meurent pas plus de méningite que les non opérés.

La résection suivant moi n'augmente pas la mortalité dans la coxalgie suppurée, et les résultats posopératoires sont des plus satisfaisants et rapidement obtenus.

Les précautions doivent être observées pendant de longs mois, et la marche sans appui ne sera permise qu'après 6 ou 7 mois.

M. Kirmisson. Je ne pense pas que les injections d'éther iodoformé aient le peu d'action que leur attribue M. Ménard, et je les ai toujours vues suivies des meilleurs résultats dans les abcès péri-articulaires.

Pneumatocèle du crâne. M. Berger fait un rapport sur une observation de M. Malapert. Il s'agit d'un homme de 49 ans qui est atteint de gonflement et de douleur de l'oreille suivi de suppuration par le conduit externe. Pendant plusieurs mois cet écoulement continue. Au niveau de la région sus-mastoïdienne on trouve une tumeur bombée, saillante, sonore à la percussion et réductible. La tumeur se vide et pour la reproduire il suffit de faire se moucher le malade. Elle se vide par le conduit auditif externe. Quand la tumeur est pleine d'air le malade entend mieux. Si elle est vide le malade entend dur, sifflement particulier et vertiges.

La pathogénie de cette pneumatocèle semble naturelle. Perforation de l'apophyse mastoïde par suppuration étendue de l'antre à l'oreille moyenne. On a constaté que dans la pneumatocèle de la région mastoïdienne, personne n'a pu trouver une communication directe entre l'otite et la mastoïde. Cette pathogénie n'est désignée ni par les commémoratifs ni dans les examens anatomo-pathologiques.

Ce qui est particulier ici, c'est que c'est au niveau de l'attique et non de la cavité mastoïde que s'est faite la perforation. Or, l'examen de l'oreille a montré que la membrane du tympan s'était réparée.

Quel est le mode de traitement que l'on peut appliquer ici ? L'ouverture large et la recherche de la perforation semble l'objectif le plus naturel. Cependant il faut remarquer que dans le cas où on est intervenu, il a suffi d'une rugination énergique des parties osseuses et réapplication des parties molles pour obtenir la guérison.

Du cal des fractures vérifié par la radiographie. — Présentation des schémas dessinés d'après des radiographies, par M. Tuffier.

VARIÉTÉS

Sur la conduite qu'Adam et Ève durent tenir à la naissance de leurs premiers enfants

par le Dr Paul Petit

J'ai trouvé la solution de cette intéressante question d'obstrétrique préhistorique dans un vénérable ouvrage datant de 1766 : *l'Art d'accoucher réduit à ses principes par* J. Astruc, *professeur royal de médecine et Médecin consultant du Roi* [1].

« J'annonce », dit l'auteur « dès le frontispice de cet ouvrage, que je n'ai jamais accouché et j'entreprends cependant de donner des leçons sur l'art d'accoucher. Cela paraît se contredire et il est nécessaire de l'expliquer. » Et il l'explique en disant que venant de livrer à l'impression un *Traité des maladies des femmes*, il a compris que cet ouvrage ne serait point complet s'il n'y joignait pas un *Traité des accouchements* « qui sont », ajoute-t-il, « une des maladies des femmes les plus communes. »

Ce préambule de naïve franchise, peu ordinaire pour notre époque où l'on écrit souvent trop vite sans même avoir d'aussi bonnes raisons à en donner, annonçait pour la suite une lecture délectable. On verra, par les extraits suivants, que je ne fus pas trompé dans mes espérances :

« L'art d'accoucher est presque aussi ancien que le monde. Lorsque Ève, chassée du Paradis terrestre, accoucha de ses enfants, elle eut besoin d'être secourue et elle ne put l'être que par Adam. »

Mais comment s'y prit-il ?

1re solution. — « Adam dut être surpris, à la naissance de Caïn, de voir qu'une masse informe, connue aujourd'hui sous le nom de placenta, lui tenait au nombril par un long cordon. Il est apparent qu'il n'osa pas y toucher, craignant que cette masse ne fit partie du corps de l'enfant. » Mais bientôt le placenta se putréfia et « Adam et Eve n'en durent pas être longtemps incommodés, car dès le cinquième ou sixième jour, le cordon se détacha et l'enfant fut débarrassé de ce corps étranger. Adam profita sans doute de cette observation. Il comprit que cette masse n'appartenait pas au corps de l'enfant et qu'elle pouvait et devait en être détachée. Ainsi profitant de ses réflexions, il coupa le cordon à Abel, son second fils, et voyant qu'il coulait du cordon quelque peu de sang, il le lia. Voilà donc la ligature et le retranchement du cordon connus et pratiqués par Adam dès la naissance de son second enfant et voilà par conséquent le genre humain sauvé. »

2e solution. — « Adam savait que les femelles des animaux, même de ceux qui ne se nourrissaient pas de chair, après avoir mis bas leurs petits, mangeaient le placenta, coupaient le cordon avec leurs dents et débarrassaient ainsi leurs petits. Adam a pu profiter de ces exemples, quand sa femme, chassée avec lui du Paradis terrestre, commença à lui faire des enfants. Je ne prétends pas qu'Adam ait mangé leur arrière-faix, mais il a très bien pu couper le cordon avec les dents et voilà le genre humain sauvé de même dans cette seconde supposition. » Nous ajouterons : L'angiotripsie était trouvée et voilà M. Dr Doyen obligé de baisser pavillon devant le père Adam.

3e Solution. — Je suppose qu'Adam, à qui l'arrière-faix et le cordon qui pendaient du nombril de Caïn déplaisaient, les arracha. Or on arrache l'un et l'autre constamment à tous les veaux au moment de leur naissance, sans qu'il s'ensuive aucune hémorrhagie. On l'a arraché plusieurs fois à des fœtus humains par imprudence, sans aucun accident funesté. Adam a donc bien pu arracher le cordon de Caïn, sans aucun danger de lui nuire, ni de faire périr le genre humain.

(1) Chez P. Guillaume Cavelier, libraire à Paris, rue Saint-Jacques au Lys d'or. MDCCLXVI.

Les 4e et 5e solution proposée par Astruc s'appuient sur les « *vérités révélées* » et ne représentent pas le même intérêt épisodique. J'engage M. Cormon à choisir entre les trois premiers le sujet de son prochain tableau. Il y aurait là pour lui, le peintre idyllique ou farouche des premiers âges, matière à succès. Ainsi pourrait-il nous montrer, par un jour printanier, le jeune Caïn traînant à la remorque son placenta, en compagnie de ses parents, ou bien encore, sous un ciel sombre et bas, encore voisin du chaos, notre premier père faisant du premier délivre un horrible repas.

NOUVELLES

L'affaire de l'hôpital Beaujon. — La note officielle suivante nous est communiquée :

« Le Conseil de surveillance s'est réuni le 7 décembre, à neuf heures et demie, sous la présidence de M. le préfet de la Seine.

M. le conseiller Voisin, vice-président du Conseil de surveillance, a donné lecture du mémoire de M. le docteur Napias, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, puis de son rapport personnel au nom d'une sous-commission qui, dès mardi soir, avait étudié la question sous toutes ses faces.

Conformément au rapport de M. Voisin et aux conclusions de la sous-commission, le Conseil a émis l'avis :

1° Qu'il y avait lieu de demander à l'administration de faire diligence auprès de M. le ministre de l'Intérieur pour obtenir un avis du Conseil d'Etat.

2° Que les différentes solutions proposées par M. le directeur seraient transmises, avec la demande d'avis du Conseil d'Etat, et avec l'indication de la préférence du Conseil de surveillance, pour telle ou telle des solutions proposées.

3° Que le Conseil de surveillance, en ce qui le concerne, était d'avis qu'il y avait lieu d'annuler les opérations du concours et de le recommencer dans les conditions où il se présentait à la date du 30 septembre.

Enfin, le Conseil a examiné une autre question ayant un caractère général et a été d'avis, conformément à la demande de M. le Directeur, que la publicité des séances, prévue par le règlement, devait s'entendre uniquement de la lecture des compositions et des épreuves orales, c'est-à-dire de tous les cas où le public était en situation de juger en même temps que les juges, et que le tirage au sort de la question de la composition écrite devait, dans l'avenir, avoir lieu en présence des seuls candidats, le public ne devant pas avoir accès dans la salle où la question serait tirée au sort et la composition faite.

Hôpitaux de Paris. — Par suite de la limite d'âge du professeur Terrier et de la mort de M. A. Marchand, le mouvement suivant aura lieu le 25 décembre dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris.

M. Berger passe à l'hôpital Beaujon; M. Michaux passe de l'hôpital Broussais à l'hôpital Bichat; M. Chaput, de l'hôpital Tenon à l'hôpital Broussais; M. Lejars, de la Maison de santé, à Tenon; M. Potherat, de Bicêtre à la Maison de santé; M. Guinard, d'Ivry à Bicêtre; M. Hartmann, du Bureau central à l'hospice d'Ivry.

Légion d'honneur. — Le médecin de première classe Emily, qui faisait partie de la mission Marchand, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 29 novembre 1899, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. Willigens, médecin principal de première classe de l'armée active retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Defos du Rau, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Lardennois et Muller, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. de Burine et Mourier, démissionnaires.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. Bories, Belohous, Bruneau, Cazade, Mongin, Gourdon, Boucard, Lombard, Lathuray-Viollet, Bigeard, Bérard, Acquaviva, Chabriac, Abd el Nour, Deshayes, Legry, Tanchon, Bousquet, Pierrot, Fassina, Milian, Chailan, de Lara, Delebecque, Roques, Philippe, Gaumerais, Fortunet, Allard, Brun, Payen, Chartier, Girard, Jung, Goy, Saqui, Fournier, Lefer, Bisquera, Caffarel, Pellegrin, Salvador, Weill, Calbat, Cuzin, Martel, Benoit, Esperandieu, Lahaye, Horveno, Helouin, Camiade, Vial, Ceccaldi, Morard, Gilbert, Bricard, Lapeyre, Dousset, Bosvieux, Lacrosaz, Caizergues, Guex, Bottone, Boutron, Ricoux, Etterien, Pamart.

— Par décision ministérielle du 7 décembre 1899, ont été nommés pour les postes ci-après désignés, MM. les médecins aides-majors de première classe Sabatier, pour le 141e d'infanterie; — Dehoey, pour le 83e d'infanterie; — Rieux, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Delahaye, pour le 1er régiment de spahis; — Seguinaud, pour le 15e dragons; — Pelissié, pour le 3e tirailleurs.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rouvillois, pour le 11e d'artillerie; — Humbel, pour le 5e d'infanterie; — Pigeon, pour le 6e chasseurs à cheval; — Vergne, pour le 114e d'infanterie; — Hochwelker, pour le 95e d'infanterie; — Gueytat, pour le 10e dragons; — Delbru, pour le 3e d'artillerie; — Beaujeu, pour le 33e d'infanterie; — Sorel, pour le 5e d'artillerie; — Humbert, pour le 18e d'infanterie; — Caillon, pour le 12e chasseurs à cheval; — Munaret, pour le 95e d'infanterie; — Suttel, pour le 86e d'infanterie.

Commissission parlementaire d'hygiène publique. — Sur la proposition de M. Dubois et d'un certain nombre de ses collègues, la Chambre des députés, dans sa séance de lundi, a décidé la création d'une grande commission de trente-trois membres qui sera chargée d'étudier les questions d'hygiène générale.

Conseil municipal de Paris. — *Séance du 27 novembre.* LES CONSULTATIONS GRATUITES DANS LES HOPITAUX. — M. PAUL VIVIEN. — Messieurs, dans une communication faite à l'Académie de médecine les 14 et 21 novembre dernier, M. le professeur Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, signale les inconvénients graves qui résultent de la disposition des locaux mis à sa disposition pour le service des consultations gratuites.

Cet éminent praticien se plaint de l'obligation où il se trouve d'interroger et d'examiner ses malades non pas seu-

lement en présence du service médical et de ses élèves, ce qui est tout naturel, mais de l'assistance tout entière des malades qui deviennent ainsi les témoins involontaires des confessions les plus pénibles.

Or, il s'agit, dans l'espèce, de maladies toutes particulières pour lesquelles la discrétion doit être absolue, et le pauvre est en droit de demander à l'Assistance publique les mêmes garanties du clinicien que le riche qui le paye.

Dans quelques hôpitaux tels que la Charité, il existe des locaux séparés où la consultation peut avoir lieu en tête à tête avec le médecin assisté du service médical seul, et j'estime que dans tous les hôpitaux cet aménagement doit être ainsi pratiqué.

En conséquence, je prie le Conseil de renvoyer à l'Administration ma proposition dont voici le texte :

« Le Conseil,

« Considérant que dans certains hôpitaux l'examen des malades, qui sont admis aux consultations gratuites, a lieu non pas seulement en présence du service Médical seul, mais de l'assistance tout entière ;

« Considérant que d'une manière générale, les explications à fournir par les malades ont un caractère confidentiel et que le secret sur les causes des maladies comme sur leur traitement ne peut être observé, en raison de la disposition des locaux communs au clinicien et à sa clientèle ;

« Considérant qu'il est contraire à la dignité et aux intérêts même matériels des malades de les exposer à une semblable promiscuité,

« Délibère :

« L'administration est invitée à aménager les locaux affectés aux consultations gratuites de façon à ce qu'un cabinet séparé du public soit mis à la disposition du médecin pour y recevoir successivement les malades.

« Signé : Paul Vivien, Piperaud, Marsoulan, L. Achille, Alfred Moreau, Brard, Opportun, Parisse, Ch. Vaudet, Félicien Paris, Colly, Le Grandais, Pannelier, Arthur Rozier, Houdé, Paul Brousse, Paul Bernier, Faillet, A. Ranson, Archain, Mill, Patenne, Brenot, L. Mossot, Desplas, Hénaffe, Adrien Veber, Blondel, Chausse, Champoudry, Pierre Morel, Breuillé, Bellan.

M. Parisse. Messieurs, à ce qui vient d'être dit par notre collègue Paul Vivien, j'ajouterai qu'il se produit fort souvent que des malades, gênés par la présence d'un public nombreux, ne fournissent pas au médecin les renseignements nécessaires ou donnent ceux-ci d'une manière incomplète, certains malades ou certaines malades évitent même dans ces conditions à retourner à la consultation, d'autres se décident à fréquenter des cliniques privées où quelquefois ils se trouvent l'objet d'une déplorable exploitation, tout en ne recevant pas les conseils nécessaires.

Aussi, dans les conditions actuelles, nos secours d'assistance médicale ne peuvent évidemment pas donner tous les résultats désirables.

Aussi, j'appuie bien vivement la proposition de notre collègue, M. Paul Vivien.

Le renvoi à l'Administration est prononcé.

Médecins de l'état-civil. — Par arrêté préfectoral, en date du 4 décembre 1899, ayant effet du 1er janvier 1900 :

M. le docteur Douvillé (Jean-Louis), médecin inspecteur de la Vérification des décès (1re circonscription), a été nommé médecin inspecteur honoraire de la Vérification des décès de la ville de Paris.

M. le docteur Depasse (Edward), médecin du personnel des Travaux de Paris, a été nommé médecin-inspecteur de la Vérification des décès de la ville de Paris (1re circonscription), en remplacement de M. le docteur Douvillé.

Hôpital Saint Antoine. — Service spécial des maladies de l'oreille, du nez et du larynx. Le Dr M. Lermoyez reprendra ses conférences cliniques le samedi 6 janvier, à 9 h. 1/2. Emploi du temps : Le lundi : Petite chirurgie spéciale. Le mardi : Conférence de technique et de séméiologie. — Présentation de malades. Le vendredi : Opérations (cure radicale de l'otorrhée et des sinusites de la face). Le samedi : Conférence de thérapeutique.

Conférences pratiques sur l'Instrumentation chirurgicale. — Le docteur René Belin commencera le jeudi 21 décembre 1899 à 5 heures, à la maison de santé Ambroise Paré, 115, rue de Rome, une deuxième série de conférences pratiques sur l' « Instrumentation chirurgicale, les appareils et bandages usuels », et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Pansements sales. — M. le Dr Caillard (de Sainte-Marie-de-Ré) communique au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* le fait suivant :

Dans un des numéros de votre journal, 1899, je lisais, comme exemple de pansements bizarres, le pansement au crottin de cheval. C'est déjà pas mal, mais j'ai mieux. Un de mes clients, atteint d'un ulcère de jambe, s'est pansé tous les jours... avec ses propres matières fécales, qu'il écrasait sur une compresse. Malgré les quolibets de ses voisins, il a continué sa thérapeutique aussi dégoûtante qu'inédite, et il a guéri. Je ne crois pas le fait banal, et je vous le signale en vous garantissant *son authenticité*.

Nécrologie. — Le Dr Rafaillac, de Margaux (Gironde), décédé à l'âge de 84 ans.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pathogénie, Diagnostic et Traitement des Arthrtes à pneumocoques, par Léon Leroux. 1900. 1 vol. in 8° 137 pages : 4 francs. Jules Rousset, éditeur, 36, rue Serpente, 36, Paris.

Traité de séméiologie médicale. Par le Dr Paul Suard Professeur à l'Ecole de Médecine navale de Toulon. 1900, 1 vol. in-8° jésus, 698 pages avec figures. Prix : 16 francs (Envoi franco contre mandat postal). — Jules Rousset, Editeur, 36, rue Serpente, Paris.

Les maladies vénériennes dans leur rapport avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementée, par le Dr Commenge, in-8° 41 p. Bruxelles, H. Lamertin 1899.

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*